

تأثیر ویزیت خانگی زودهنگام پس از زایمان توسط ماما بر

مشکلات شیردهی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

راضیه فلاح‌نژاد^۱، دکتر مهناز زرشناس^۲، نعیمه طیبی^۳، دکتر مهرباب صیادی^۴، دکتر مرضیه اکبرزاده^{۵*}

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۳. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران.
۴. استادیار گروه آمار حیاتی، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۵. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مادر و جنین، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۰۴

خلاصه

مقدمه: ویزیت‌های بعد از زایمان در منزل نتایج متناقضی را به همراه داشته است. یکی از چالش‌های این حوزه، اجرای آموزش مؤثر برای حمایت از مادران پس از زایمان جهت بررسی مشکلات شیردهی انحصاری است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر ویزیت خانگی توسط ماما بر میزان مشکلات شیردهی پس از زایمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۸ بر روی ۱۰۰ مادر زایمان کرده در بیمارستان امام خمینی فلاورجان انجام شد. افراد به صورت تصادفی در دو گروه ۵۰ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه کنترل مراقبت‌های روتین را از طریق مراکز بهداشتی و گروه مداخله طی ۴ جلسه در منزل (در اوایل دوره پس از زایمان تا ۴۲ روز پس از تولد) آموزش دریافت نمودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه دموگرافیک و مشکلات پستان بود که در منازل مادران تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های تی تست مستقل و تی تست جفتی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: فراوانی احتقان در روزهای سوم و هفتم در گروه مداخله به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل ($p < 0/05$) و در روزهای ۱۴ و ۴۲ بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($p > 0/05$). فراوانی شقاق در روز سوم در گروه مداخله به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل ($p < 0/05$) و در روزهای هفتم و چهاردهم بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($p > 0/05$)، در روز ۴۲ در هیچ‌یک از دو گروه شقاق مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: مشاوره و حمایت عملی در مورد تکنیک‌های شیردهی توسط مامای آموزش دیده احتمالاً منجر به انتقال بیشتر مهارت‌ها شده و در کاهش شقاق و احتقان پستان مؤثر است.

کلمات کلیدی: احتقان پستان، شقاق نوک پستان، شیردهی، ماستیت، ویزیت در منزل

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مرضیه اکبرزاده؛ مرکز تحقیقات مادر و جنین، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. تلفن:

۰۲۱-۳۶۴۷۴۲۵۴؛ پست الکترونیک: akbarzadm@sums.ac.ir

مقدمه

مراقبت در منزل به‌عنوان یکی از روش‌های مراقبت مبتنی بر جامعه، یکی از اشکال کلیدی مراقبت سلامت می‌باشد و در مدیریت منابع نقش مهمی ایفا می‌کند، زیرا از خدمات مهم و ضروری بوده که در محیط منزل بیماران و با مشارکت بیماران و خانواده آن‌ها ارائه می‌شود و دارای مزایای بسیاری هم برای بیماران و هم نظام سلامت است (۱). خانه یک محیط واقعی و عادی برای ارتباط متقابل بین بیمار، اعضای خانواده بیمار و پرستار است و برخی اوقات بازدید بهداشتی از منزل، تنها راه دستیابی به اطلاعات یا ارائه آموزش، کاهش مخاطرات سلامتی، ارتقای سلامت و ارائه خدمات به خانواده‌ها در منازلشان است. مراقبت در منزل، یکی از مداخلاتی است که بر استمرار مراقبت‌هایی که در مراکز مختلف شروع شده است و باید در منزل ادامه یابد، تأکید دارد. مراقبت در منزل عبارت است از آموزش خانواده و اعضای آن در محیط خانه که با هدف کمک به خانواده برای کسب سلامت و رفع نیازهای بهداشتی آن‌ها توسط خودشان انجام می‌گیرد. به اعتقاد لانکستر، مراقبت در منزل بهترین راه ارائه برنامه‌های آموزشی برای فرد در خانواده است (۲).

تجربیات زنان در دوران بارداری، زایمان و تولد چندبُعدی است و می‌تواند انواع احساسات، از خوشحالی و تکامل گرفته تا اضطراب و وحشت را شامل شود (۳)، زیرا بارداری و زایمان، دوران‌هایی خاص و به یادماندنی در زندگی زن و همسر وی می‌باشد و مادران، تجارب زایمانی خود را فراموش نمی‌کنند (۴). مراقبت‌های بهداشتی مناسب و ارتباط مؤثر مراقبین درمانی سبب می‌گردد مادر یک تجربه زایمانی مثبت و نگرشی مطلوب نسبت به زایمان بعدی خود داشته باشد (۵-۸)، لذا از آنجایی که بارداری زمان دگرگونی، امید، انتظار و نگرانی برای زنان و خانواده‌هایشان است، این تجربه در سلامت و مشارکت مادران در مراقبت از خود و رویارویی با رویدادهای آسیب‌پذیر دیگر در زندگی هم نقش مهمی ایفا می‌کند (۹).

با وجود مزایا و توصیه‌های سازمان‌های بهداشتی درباره تغذیه انحصاری با شیر مادر، تنها ۳۷٪ از نوزادان در طول

۶ ماه اول در سراسر جهان به‌طور انحصاری از شیر مادر تغذیه می‌کردند (۱۰). اصولاً مکیدن صحیح و مکرر شیر در روزهای اول و در وضعیت مناسب، آرامش خاطر و عدم نگرانی مادر، سابقه قبلی زایمان و سابقه قبلی شیردهی موفق، حمایت همسر و افراد خانواده و نیز اطمینان خاطر از تأمین اقتصادی و شغلی، می‌تواند نقش مؤثری در تداوم شیردهی داشته باشد، در حالی که هم‌اتاق نبودن مادر و نوزاد، شیردهی دیرتر، عدم شروع به‌موقع تغذیه تکمیلی، عدم ترخیص همزمان مادر و نوزاد، زایمان سزارین (۱۴-۱۱)، عدم سلامت جسمانی مادر در بارداری (۱۷-۱۵) و فقدان تمامی عوامل ذکر شده فوق می‌تواند منجر به قطع روند مناسب شیردهی شود.

در کشورهایی که میزان مرگ‌ومیر نوزادان بالا است، بازدیدهای زودهنگام پس از زایمان به خانه توسط کارکنان بهداشتی جامعه، تغییری در کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و مادران و بهبود شیوه‌های مراقبت از نوزاد مانند شروع به‌موقع شیردهی، مراقبت از بند ناف تمیز، مراقبت‌های حرارتی و حمام کردن با تأخیر ایجاد کرده است (۱۸، ۱۹). از طریق مراقبت‌های اولیه پس از زایمان می‌توان رفتارهای نجات‌دهنده زندگی نوزاد را ارتقاء و در صورت نیاز مداخله انجام داد که شامل: ارزیابی نوزاد و درمان یا ارجاع و مشاوره در مورد شیردهی، مراقبت حرارتی، بهداشت، مراقبت از بند ناف و علائم خطر است (۲۰، ۲۱). شواهد نشان می‌دهد که بازدید از خانه توسط کارکنان بهداشتی جامعه می‌تواند ابزار مؤثری برای ارائه مراقبت‌های پس از زایمان در محیط‌های با مرگ‌ومیر بالا باشد و می‌تواند مرگ‌ومیر را کاهش دهد (۲۲، ۲۳). پوشش بالای مراجعات به منزل توسط کارکنان بهداشتی جامعه در دوران بارداری و پس از زایمان، نقش حیاتی در بهبود اقدامات ضروری نجات جان و کاهش مرگ‌ومیر نوزادان دارد (۲۲). با این حال، پوشش آن‌ها کم است. بنابراین، برنامه‌ها نیاز به بررسی مناسب‌ترین و کارآمدترین راه‌ها برای دسترسی به خانواده‌ها و ترویج شیوه‌های مراقبت از نوزاد دارند و این استراتژی توسط ۵۹ کشور از ۷۵ کشور در گزارش شمارش معکوس تا سال ۲۰۱۵ پذیرفته شده است (۲۱، ۲۴).

خدمات بهداشتی، باورهای فرهنگی- اجتماعی، آگاهی ضعیف زنان در علائم خطر، عدم آگاهی در مورد در دسترس بودن خدمات و فاصله مکانی همچنان پایین است (۳۹). مطالعات همچنین نشان داد که بخش قابل توجهی از مادرانی که ترجیح می‌دهند به خانه برگردند و یا ظرف چند ساعت پس از زایمان ترخیص شوند که این امر باعث می‌شود از مراقبت‌های لازم پس از زایمان محروم بمانند (۴۰، ۴۱). از طرفی زنانی که مشکلات شیردهی دارند، اغلب احساس شدید بی‌کفایتی، شکست و ناتوانی را گزارش می‌کنند و با خطر بیشتری برای افسردگی پس از زایمان (۴۵-۴۲) به‌ویژه در سایه حمایت ناکافی از شیردهی مواجه هستند (۴۶). بنابراین درمان سریع آسیب و شقاق نوک پستان، عامل مهمی در شیردهی موفق از طریق فراهم کردن رابطه خوشایند شیردهی بین مادر و نوزاد و همچنین پیشگیری از مخاطراتی از جمله ماستیت یا آبسه می‌باشد (۴۷، ۴۸)، لذا به‌منظور ارتقای پیروی از درمان می‌بایست از راهکارهای دیگری بهره گرفته می‌شد که با توجه به اهمیت و کاربردی بودن مراقبت در منزل و این‌که در زمینه تأثیر به‌کارگیری این مداخله بر میزان بروز احتقان پستان، شقاق و ماستیت در دوره پس از زایمان مطالعات محدودی وجود دارد، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر ویزیت خانگی توسط ماما بر میزان بروز احتقان پستان، شقاق و ماستیت در دوره پس از زایمان انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۹۸ بر روی مادران دارای زایمان واژینال در بخش زایمان مرکز آموزشی - درمانی بیمارستان امام خمینی فلاورجان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. طرح تحقیقاتی به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز با کد IR.SUMS.REC.1397.917 و کد کارآزمایی بالینی IRCT20200108046055N1 رسید.

در مطالعه حاضر که با هدف بررسی تأثیر ویزیت خانگی توسط ماما در دوره پس از زایمان بر روی برخی پیامدهای مادری انجام شد، پیامدهای مادری در زمینه

شواهد اپیدمیولوژیک به‌طور قاطع از تغذیه با شیر مادر به‌عنوان محافظت‌کننده از سلامت نوزاد، مادر، خانواده و جامعه حمایت می‌کند (۲۵). مزایای تغذیه‌ای بهبود یافته، ایمنی روانی، اقتصادی و زیست‌محیطی تغذیه با شیر مادر به‌خوبی مستند شده است (۲۶). عوامل زیادی وجود دارد که ممکن است بر تصمیم زن برای قطع شیردهی تأثیر بگذارد، اما مشکلات مکانیکی و فیزیولوژی شیردهی، شایع‌ترین دلایلی است که برای کاهش شیردهی یا قطع زودهنگام مؤثر بوده است (۲۷، ۲۸). ناراحتی نوک پستان به‌ویژه بین ۰ تا ۸ هفته پس از زایمان، اهداف شیردهی را مهار می‌کند (۲۹). در مطالعه ویرا و همکاران (۲۰۱۳) بروز شقاق نوک پستان از ۲۹٪ تا ۷۶٪ متغیر بود (۳۰) و بروز درد نوک پستان بین ۹۶-۳۴٪ متغیر گزارش شد (۳۱). در مطالعه طولی مک‌کان و همکاران (۲۰۰۷) ۱۷٪ از زنان شیرده، شقاق نوک پستان و ۳۸٪ درد نوک پستان را در یک ماه پس از زایمان گزارش کردند (۳۲) و در یک مطالعه کوهورت بوک و همکاران (۲۰۱۴) ۵۸٪ از زنان آسیب به نوک پستان و ۷۲٪ درد نوک پستان را یک هفته پس از زایمان تجربه کردند (۳۳).

شقاق نوک پستان ممکن است اثر مضر بر تولید شیر داشته باشد و بیشترین شیوع آن بین ۷-۳ روز پس از زایمان است (۳۴، ۳۵). نوک سینه‌های آسیب‌دیده و دردناک، جزء روند طبیعی شیردهی محسوب نمی‌شوند و باید در اسرع وقت بهبود یابند (۳۶). در واقع درد پستان بعد از احساس ناکافی بودن شیر مادر، دومین عامل قطع شیردهی است (۳۷). ماستیت نیز در واقع شایع‌ترین بیماری پستان می‌باشد که یک وضعیت بسیار دردناک و ناراحت‌کننده است که تخمین زده می‌شود در ۲۰٪ از زنان شیرده رخ می‌دهد و اغلب گزارش شده است که در ماه اول دوره پس از زایمان اتفاق می‌افتد. التهاب باعث درد، تورم، گرمی و قرمزی در سینه می‌شود. همچنین ممکن است باعث بروز تب و لرز شود (۳۸).

با وجود دستاوردهای بهتر مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان ماهرانه، استفاده از مراقبت‌های پس از زایمان در مراکز بهداشتی به دلایل زیادی مانند توجه ضعیف، در دسترس نبودن خدمات، عدم دسترسی، کیفیت پایین

شیردهی و شامل: احتقان پستان، شقاق پستان و ماستیت بود.

محیط پژوهش زایشگاه و بخش مامایی بیمارستان امام خمینی شهرستان فلاورجان بود. جامعه پژوهش تمام مادران مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهرستان فلاورجان در زمان مطالعه بودند که در این بیمارستان زایمان طبیعی و شرایط ورود به مطالعه را داشتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زایمان طبیعی بدون عارضه، سن حاملگی بین ۳۷-۴۲ هفته، وزن نوزاد بین ۲۵۰۰-۴۰۰۰ گرم، مدت اقامت در بیمارستان کمتر از ۴۸ ساعت، فاصله منزل تا بیمارستان کمتر از ۲۰ کیلومتر، نژاد ایرانی، نوزاد کاملاً سالم بوده و ناهنجاری مادرزادی یا زردی پاتولوژیک طی ۲۴ ساعت اول نداشته باشد و معیارهای خروج از مطالعه شامل: مادران دارای حاملگی پرخطر نظیر دیابت، افزایش فشارخون، خونریزی واژینال، نارسی نوزاد، پلی سیتی نوزاد، سفالوهماتوم نوزاد، به هر دلیل که مادر تمایل به ادامه مشارکت در مطالعه نداشته باشد. همچنین ابتلای نوزاد به مشکلاتی که منجر به اختلال در تغذیه با شیر مادر شود، رخداد و حوادث ناگوار و استرس‌زا در طول مطالعه و عدم دسترسی به واحدهای پژوهش پس از مداخله بود.

با توجه به اهداف و نوع مطالعه و با استناد به مطالعه قبل (۴۹) در این زمینه با در نظر گرفتن مفروضات: خطای ۵٪ و توان ۸۰٪ و نسبت ۵۸ و ۳۰٪ در دو گروه مورد بررسی و نسبت ۱ به ۱ در هر کدام از دو گروه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برای مقایسه دو نسبت، ۴۶ نفر در هر گروه برآورد گردید. با در نظر گرفتن میزان ریزش ۱۰٪ در مجموع ۵۰ نفر در هر گروه و به طور کلی ۱۰۰ نفر محاسبه شد.

ابزار جمع آوری داده‌ها

۱- چک‌لیست آموزش شیردهی: که برای هر بیمار در جلسات مشخص آموزش مربوطه داده شد و به همراه تاریخ ثبت گردید تا هیچ آموزشی از قلم نیفتد و صرفاً جهت اطمینان محقق از دریافت اطلاعات و آموزش‌ها، به طور کامل توسط نمونه‌ها در گروه مداخله بوده است.

۲- پرسشنامه آموزش شیردهی و مشکلات شایع شیردهی و اطلاعات دموگرافیک: که در روز ۴۲ با

پرسش توسط پژوهشگر از بیمار تکمیل شد و شامل ۶۰ سؤال بود. سؤالات شامل ۵ بخش بود: ۱- بخش اول: اطلاعات دموگرافیک مادر و نوزاد ۲- بخش دوم: سؤالات مربوط به تغذیه انحصاری با شیر مادر، علل قطع شیردهی، تعداد دفعات شیردهی، استفاده از پستانک و مشاوره شیردهی (سؤال ۱۲-۱). بخش سوم: سؤالات مربوط به احتقان پستان، رعایت بهداشت پستان‌ها، استفاده از پستان بند (سؤال ۱۷-۱۲). بخش چهارم: سؤالات مربوط به ماستیت و عفونت پستان (سؤال ۵۳-۱۷). بخش پنجم: سؤالات مربوط به شقاق پستان و ماستیت (سؤال ۶۰-۵۳). در طراحی پرسشنامه بررسی مشکلات پستان از مطالعه زرناس و همکاران (۲۰۱۷) استفاده شد که سؤالات آن تعدیل شد (۵۰). مطالعه زرناس و همکاران (۲۰۱۷) با استفاده از پرسشنامه‌های اقتباس شده از پرسشنامه‌های مورد استفاده در اولین و دومین مطالعه تغذیه نوزادان "پرت"^۱ (۵۱، ۵۲) بوده که به فارسی و بومی ترجمه شده‌اند. همچنین برای مطالعه شیوه‌های تغذیه نوزاد در تعدادی از کشورهای اسلامی (۵۳، ۵۴)، سؤالات تکمیلی مرتبط با ورم پستان از بخش ماستیت در مطالعه گلاسکو (۵۵) اقتباس شدند. مطالعه و پرسشنامه زرناس و همکاران، توسط هومن در دانشگاه کرتین استرالیا تأیید شد و در کمیته اخلاق تحقیق استرالیا (HR۳۱/۲۰۱۴) و کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز (۲۰۹/۲۰۱۴) تأیید شد (۵۰). ضمناً علی‌رغم اینکه پرسشنامه مورد تأیید و بومی‌سازی شده بود، مجدد تیم تحقیقاتی پرسشنامه را به ۱۰ نفر از اساتید باتجربه دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) شیراز رساند. نقطه نظرات با کمترین اصلاحات پیشنهادی اساتید اعمال گردید و بدین صورت روایی محتوا تعیین شد. از آنجایی که تقریباً تمام قسمت‌ها و سؤالات کیفی بود، طبق نظر استاد مشاوره آمار، نیاز به تعیین پایایی و آلفای کرونباخ نداشت.

روش اجرای پژوهش:

پژوهشگر در ابتدا پس از دریافت تأییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز، کسب اجازه از مسئولین محترم تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم

¹ Perth Infant Feeding studies

دسته‌بندی مادران به دو گروه مداخله و کنترل بر اساس روش تصادفی‌سازی بلوکی جایگشتی با اندازه‌های چهارتایی انجام شد و مادران به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند.

گروه مداخله ۵ ویزیت در روزهای ۱ (قبل از ترخیص از بیمارستان)، ۳، ۷، ۱۴ و ۴۲ پس از زایمان دریافت نمودند که محتوای هر ویزیت در منزل در جدولی مشخص شده بود و آموزش‌ها و اقدامات لازم در هر جلسه طبق برنامه انجام شد (جدول ۱).

پزشکی شیراز و دریافت مجوز، به بیمارستان امام خمینی شهرستان فلاورجان مراجعه کرد. پژوهشگر به‌طور روزانه به زایشگاه و بخش مامایی مراجعه کرده و مادرانی که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند را انتخاب می‌کرد. پژوهشگر ضمن معرفی خود و بیان اهداف مطالعه، رضایت‌نامه کتبی از مادر شیرخوار جهت شرکت در پژوهش اخذ کرد. اطلاعات دموگرافیک هم از طریق مصاحبه با مادر و هم از طریق پرونده بیمار به‌دست آمد.

جدول ۱- برنامه آموزشی جلسات ویزیت خانگی در اوایل پس از زایمان تا ۴۲ روز بعد

نوبت ویزیت	زمان ویزیت	اهداف ویزیت	محتوای آموزشی جلسه
جلسه اول	بلافاصله پس از زایمان در بیمارستان	۱- ایجاد و تقویت اعتماد به نفس در مادر و حمایت عاطفی ۲- بررسی پستان مادر از نظر مشکلات و شیردهی ۳- آموزش شیردهی طبق برنامه ۴- مشاهده شیردهی مادر و کشف مشکلات ۵- پر کردن پرسشنامه آگاهی و نگرش قبل از آموزش شیردهی ۶- تغذیه مکرر نوزاد با شیر مادر جهت پیشگیری از زردی	آموزش فواید هم‌اتاقی مادر و نوزاد، آموزش مزایای آغوز و تأثیر بر سلامت نوزاد، آموزش عدم استفاده از پستانک، سر شیشه، شیر خشک، آب، آب‌قند و ... آموزش روش صحیح بغل کردن شیرخوار و صحیح پستان گرفتن شیرخوار، آموزش شیردهی مکرر و شیردهی از هر دو پستان در هر بار شیردهی، آموزش نشانه‌های زودرس گرسنگی شیرخوار، آموزش شستن دست‌ها با آب و صابون قبل از هر بار شیردهی، آموزش شستن پستان‌ها تنها با آب خالی، آموزش جلوگیری از زخم نوک سینه و درمان آن، آموزش نشانه‌های احتقان پستان و درمان آن، آموزش تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی، آموزش رژیم غذایی مادر در دوران شیردهی
جلسه دوم	روز سوم پس از زایمان	۱- ایجاد و تقویت اعتماد به نفس در مادر و حمایت عاطفی ۲- بررسی پستان از نظر مشکلات و شیردهی ۳- آموزش شیردهی طبق برنامه ۴- بررسی نوزاد از نظر زردی ۵- پرسش در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر و تأکید بر آن ۶- تأکید بر تغذیه برحسب میل و تقاضای شیرخوار	آموزش نشانه‌های کافی بودن شیر مادر، آموزش نحوه صحیح گرفتن بادگلولی شیرخوار بعد از هر بار شیردهی، آموزش ادامه شیردهی در صورت بیماری کودک، آموزش تغذیه با شیر مادر برحسب میل و تقاضای کودک، آموزش نشانه‌های ماستیت و راه‌های درمان آن، آموزش عدم تأثیر سایز پستان در میزان تولید شیر، آموزش حداقل دفعات شیردهی در طی ۲۴ ساعت، آموزش روش صحیح خواباندن شیرخوار بعد از تغذیه با شیر مادر، آموزش دوشیدن و ذخیره شیر مادر به روش صحیح
جلسه سوم	روز هفتم پس از زایمان	۱- ایجاد و تقویت اعتماد به نفس در مادر و حمایت عاطفی ۲- اطمینان از شیردهی به روش صحیح با مشاهده شیردهی ۳- پاسخ‌گویی به سؤالات مادر ۴- بررسی نوزاد از نظر شاخص‌های رشد جسمی ۵- تأکید بر تغذیه انحصاری با شیر مادر	آموزش مخصوص شیردهی استفاده از سوتین، آموزش تقویت رابطه عاطفی مادر و کودک با شیردهی، آموزش ادامه شیردهی در طی شب به‌خصوص از ۱۲ شب تا ۶ صبح، مروری بر تمام آموزش‌های قبلی
جلسه چهارم	روز چهاردهم پس از زایمان	۱- ایجاد و تقویت اعتماد به نفس در مادر و حمایت عاطفی ۲- پاسخ‌گویی به سؤالات مادر	با پرسش‌هایی از مادر در مورد آموزش‌هایی که مادر در طی جلسات قبلی دریافت کرده است، مادر مورد ارزیابی قرار داده شد تا مطمئن شویم مطالب را به‌خوبی فراگرفته است. به مادر پمفلت آموزشی داده شد.
جلسه پنجم	روز چهل و دوم پس از زایمان	۱- پر کردن پرسشنامه آموزش شیردهی و مشکلات شایع شیردهی ۲- پر کردن پرسشنامه آگاهی و نگرش	با پرسش‌هایی از مادر در مورد آموزش‌هایی که ب‌مادر در طی جلسات قبلی دریافت کرده است مادر مورد ارزیابی قرار داده شد تا مطمئن شویم مطالب را به‌خوبی فراگرفته است. تأکید بر تغذیه انحصاری تا ۶ ماهگی

پس از دستور پزشک جهت ترخیص مادر و نوزاد اولین ویزیت در بیمارستان انجام گردید و رضایت‌نامه کتبی توسط پژوهشگر جهت ادامه روند آموزش در منزل از مادران اخذ گردید. آموزش شیردهی طبق برنامه به مادر داده شد؛ چراکه به‌علت ترخیص زودرس، مادر ممکن بود آموزش‌های کافی را دریافت نکند. ویزیت در بیمارستان و آموزش شیردهی به مادر برای پیشگیری از زردی نوزاد و همچنین پیشگیری از احتقان و شقاق پستان بود که ارزیابی این آموزش‌ها از نظر مؤثر و مفید بودن در روز سوم پس از زایمان در منزل و با بررسی مادر از نظر مشکلات شیردهی انجام گرفت. مادران در طی هفته اول، تمام آموزش‌های شیردهی را دریافت کردند. جهت تأیید نارسایی در شیردهی، علاوه بر اینکه در پرسشنامه سؤالات، مشکلات شایع شیردهی به‌طور دقیق در رابطه با زخم نوک پستان، احتقان پستان و ماستیت بر اساس تعریف علمی هر کدام طراحی و به مادر در آموزش‌های چهره‌به‌چهره در ویزیت‌های خانگی داده می‌شد، مادران توسط پژوهشگر نیز مورد معاینه قرار می‌گرفتند.

گروه کنترل، مراقبت‌های معمول پس از زایمان (مراقبت اول در روزهای ۱-۳، مراقبت دوم پس از زایمان روزهای ۱۵-۱۰ و مراقبت سوم پس از زایمان روزهای ۳۰-۴۲) را از طریق مراجعه به مراکز بهداشتی شهری دریافت نمودند که در روزهایی که مراجعه کردند، اختلالات پستان بررسی و مشاهده گردید و همچنین تماس تلفنی

در روزهای ۳، ۷، ۱۴ و ۴۲ با آن‌ها برقرار شد و پرسشنامه‌ها به‌صورت تلفنی پر شد و هیچ مداخله‌ای برای این گروه انجام نشد. ارزیابی گروه کنترل از نظر مشکلات شایع شیردهی با برقراری تماس تلفنی با مادر در روزهای ذکر شده و پرسش از وی به‌صورت خودگزارش‌دهی صورت گرفت.

برای توصیف متغیرهای کمی از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از تعداد (درصد) استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) انجام شد. جهت بررسی میانگین پارامترها در قبل و بعد آموزش در منزل و همچنین اختلاف بین تغییرات از تی تست مستقل، برای مقایسه میانگین پارامترها در هرکدام از دو گروه از آزمون تی تست جفتی و برای مقایسه متغیرها و ویژگی‌های کیفی بین دو گروه از آزمون کای دو استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، میانگین سن حاملگی، سن مادر، تعداد حاملگی و تعداد زایمان زنده بین دو گروه اختلاف معناداری نداشت ($p > 0/05$). در ضمن نوع زایمان در همه مادران دو گروه طبیعی بود. همچنین تحصیلات و شغل مادر در دو گروه هم‌همگن بود (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه میانگین سن حاملگی، سن مادر، تعداد حاملگی و تعداد زایمان زنده بین دو گروه

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون تی مستقل	
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	t	df	سطح معنی‌داری
سن حاملگی (هفته)	۳۸/۴۷ \pm ۲/۷۲	۳۹/۰۱ \pm ۱/۱۷	۳۹/۰۱ \pm ۱/۱۷	۱/۲۸	۹۸	۰/۲۰
سن مادر (سال)	۲۷/۷۶ \pm ۶/۴۱	۲۷/۰۸ \pm ۷/۴۰	۲۷/۰۸ \pm ۷/۴۰	۰/۴۹	۹۸	۰/۶۲
تعداد حاملگی	۲/۱۸ \pm ۱/۳۴	۲/۰۴ \pm ۱/۱۴	۲/۰۴ \pm ۱/۱۴	۰/۵۶	۹۸	۰/۵۷
تعداد زایمان زنده	۱/۶۰ \pm ۱/۰۷	۱/۶۸ \pm ۰/۹۱	۱/۶۸ \pm ۰/۹۱	۰/۴۰	۹۸	۰/۶۹

فراوانی ماستیت و احتقان بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($p > 0/05$) (جدول ۳).

بر اساس نتایج آزمون کای اسکوئر، در روز اول فراوانی شقاق بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($p > 0/05$). همچنین بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر، در روز اول

جدول ۳- مقایسه توزیع فراوانی مشکلات پستان مادر در روز اول بین دو گروه

مشکلات پستان مادر	گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون کای اسکور
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	χ^2	df	
شقاق	۶ (۱۲)	۹ (۱۸)	۰/۷۱	۱	۰/۴۰
ماستیت	۱ (۲)	۰ (۰)	-	-	۰/۵۰
احتقان	۰ (۰)	۴ (۸)	-	-	۰/۰۶

آزمون کای اسکور نشان داد که طی ۴۲ روز، فراوانی شقاق و احتقان در گروه مداخله به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود ($p < 0/05$)، اما ماستیت در هیچ یک از دو گروه مشاهده نشد (جدول ۴).

جدول ۴- مقایسه توزیع فراوانی مشکلات پستان مادر طی ۴۲ روز بین دو گروه

مشکلات پستان مادر	گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون کای اسکور
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	χ^2	df	
شقاق	۶ (۱۲)	۲۰ (۴۰)	۱۰/۱۹	۱	۰/۰۰۱
ماستیت	۰ (۰)	۰ (۰)	-	-	۱
احتقان	۵ (۱۰)	۲۴ (۴۸)	۱۷/۵۳	۱	< ۰/۰۰۱

بر اساس نتایج آزمون کای اسکور، فراوانی احتقان در روزهای سوم و هفتم در گروه مداخله به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود ($p < 0/05$). بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر، فراوانی احتقان در روزهای چهاردهم و چهاردهم و چهل و دوم بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($p > 0/05$) (جدول ۵). بر اساس نتایج آزمون کای اسکور، فراوانی زخم در روز سوم در گروه مداخله به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($p < 0/05$). همچنین بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر، فراوانی احتقان در روزهای هفتم و چهاردهم بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($p > 0/05$) (جدول ۵). ضمناً در روز ۴۲ در هیچ یک از دو گروه زخم مشاهده نشد.

جدول ۵- مقایسه توزیع فراوانی احتقان و شقاق در زمان های مختلف بین دو گروه

نوع مشکل پستانی	گروه	گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون کای اسکور
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	χ^2	df	
احتقان	روز سوم	۱ (۲)	۱۱ (۲۲)	۹/۴۷	۱	۰/۰۰۲
	روز هفتم	۲ (۴)	۸ (۱۶)	۴	۱	۰/۰۴۶
	روز چهاردهم	۲ (۴)	۳ (۶)	-	-	۰/۵۰
	روز چهل و دوم	۰ (۰)	۲ (۴)	-	-	۰/۲۵
شقاق	روز سوم	۳ (۶)	۱۷ (۳۴)	۱۲/۲۵	۱	< ۰/۰۰۱
	روز هفتم	۲ (۴)	۱ (۲)	-	-	۰/۵۰
	روز چهاردهم	۰ (۰)	۱ (۲)	-	-	۰/۵۰
	روز چهل و دوم	۰ (۰)	۰ (۰)	-	-	۱

نمی شود، بلکه یک مراقبت هماهنگ پس از زایمان در منزل پس از ترخیص از بیمارستان نیز برنامه ریزی شده است (۵۶). در برخی کشورها، توصیه می شود که مدیریت پس از زایمان باید مراقبت های هماهنگ پس از زایمان در خانه را پس از ترخیص از بیمارستان به کار

بحث

امروزه مراقبت های پس از زایمان شامل دو جزء متوالی: مراقبت های بیمارستانی بستری و مراقبت های خانگی می باشد، لذا در کشورهای با درآمد بالا، مراقبت های اولیه پس از زایمان تنها شامل مراقبت های بیمارستانی

گیرند. با این حال، در حالی که مراقبت‌های بیمارستانی برای همهٔ بیماران بستری ارائه می‌شود، برخی از زنان ممکن است پس از ترخیص به مراقبت‌های هماهنگ پس از زایمان ادامه ندهند و لزوم پیگیری به‌عنوان یک حمایت پیشگیرانه مهم است (۵۹-۵۷). نظارت و درمان عوارض در مادر و یا نوزاد، مشاوره در مورد تغذیهٔ نوزاد و شیردهی و مشکلات آن، فرآیندهای آموزشی والدین برای مراقبت از نوزاد و بررسی نشانه‌های ارتقای سلامت مادر و نوزاد قابل پیگیری می‌باشد (۶۰). در مطالعه حاضر، میزان بروز ماستیت عفونی در هر دو گروه صفر بود و بین دو گروه اختلاف معناداری وجود نداشت. تا به حال مطالعه‌ای که به بررسی تأثیر ویزیت خانگی بر روی ماستیت و میزان بروز ماستیت در طی ویزیت خانگی پرداخته باشد، انجام نشده است، اما مطالعاتی وجود دارند که میزان بروز آن را در طی دورهٔ پس از زایمان در طی زمان‌های مختلف بررسی کرده باشند.

ماستیت، وضعیت حاد و ناتوان کننده‌ای است که بیشتر در ماه اول پس از زایمان رخ می‌دهد. تقریباً ۲۰٪ زنان شیرده با علائم پستان قرمز، دردناک و تب آن را تجربه می‌کنند (۶۱، ۶۲). درد و آسیب ناشی از شقاق پستان، استرس مادر، خستگی مادر، مشکلات دلبستگی، سوتین‌های محکم و سفت، نقش کمک کننده در ایجاد ماستیت دارند (۶۱، ۶۲).

در مطالعهٔ زرشناس و همکاران (۲۰۱۷) که تنها مطالعه در ایران است که به‌منظور بررسی میزان بروز ماستیت انجام شد، میزان بروز ماستیت مشابه کشورهای غربی و به میزان ۱۹/۳٪ طی ۲۶ هفته اول پس از زایمان گزارش شد (۵۰). در مطالعه خانال (۲۰۱۶) که در نپال غربی انجام شد، میزان بروز ماستیت در ۶ هفته اول پس از زایمان ۸٪ گزارش شد (۶۳). در مطالعه تانگ و همکاران (۲۰۱۴) در چین، میزان بروز ماستیت در ۶ هفته اول پس از زایمان ۶/۳٪ گزارش شد (۶۴). آموزش در مورد پوزیشن مطلوب شیردهی و دلبستگی، منجر به کاهش شقاق پستان شده و می‌تواند احتمال ابتلاء به ماستیت را در زنان شیرده کاهش دهد (۶۵) قابل ذکر هست که با احتمال بیشتری آموزش‌ها در طی ویزیت خانگی توسط ماما با توجه به کیفیت آموزش چهره به چهره به مادر

احتمال ابتلاء به ماستیت را کاهش داده باشد و علت احتمالی معنادار نشدن میزان بروز ماستیت عفونی در بین گروه مداخله و کنترل در مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از زمان مطالعه و حجم مورد بررسی هم باشد.

نتایج "میزان بروز احتقان در روزهای ۳، ۷، ۱۴ و ۴۲ پس از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل حاکی از آن بود که فراوانی احتقان در روزهای سوم و هفتم در گروه مداخله به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود. فراوانی احتقان در روزهای ۱۴ و ۴۲ بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت. احتقان پستان به‌عنوان تورم و پری سینه‌ها تعریف می‌شود و از شایع‌ترین مشکلات زودرس دوران شیردهی پس از زایمان می‌باشد (۶۶). در سرتاسر جهان میزان بروز احتقان پستان ۱:۸۰۰۰ و در هندوستان ۱:۶۵۰۰ زن است که این بیماری بین روزهای سوم تا پنجم پس از زایمان رخ می‌دهد (۶۷)، (۶۸). اما ممکن است تا ۲ هفته پس از زایمان اتفاق بیفتد (۶۹). مطالعات زیادی به بررسی تأثیر درمان‌های مختلف احتقان پستان پرداخته‌اند (۷۲-۷۰)، اما هیچ مطالعه‌ای یافت نشد که به بررسی تأثیر ویزیت خانگی بر روی احتقان پستان در دوره پس از زایمان پرداخته باشد و بیشتر مطالعات به درمان احتقان پرداخته‌اند. در حالی که در طی ویزیت خانگی با آموزش صحیح شیردهی می‌توان از احتقان پیشگیری کرد و در صورت بروز احتقان، به درمان سریع‌تر آن پرداخت؛ چراکه اگر احتقان به‌موقع درمان نشود، به سمت ماستیت و از شیر گرفتن زودرس شیرخوار و تغذیه کمکی پیش می‌رود. در مطالعه حاضر با توجه به نتایج به‌دست آمده، تأثیر ویزیت خانگی بر کاهش میزان بروز احتقان در دوره پس از زایمان به اثبات رسید.

بر اساس نتایج میزان بروز شقاق پستان در روزهای ۳، ۷، ۱۴ و ۴۲ پس از زایمان در گروه مداخله و کنترل، فراوانی شقاق در روز سوم در گروه مداخله به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود. میزان بروز شقاق پستان در روزهای هفتم و چهاردهم بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت. ضمناً در روز ۴۲ در هیچ‌یک از دو گروه زخم مشاهده نشد. شقاق پستان یک بیماری دردناک است و اغلب باعث قطع تغذیه انحصاری با شیر

مادر و از شیر گرفتن زودهنگام نوزاد می‌شود و در ۳۰ روز اول پس از زایمان شیوع بالایی دارد (۷۴، ۷۳). در مطالعه دا سیلوا و همکاران (۲۰۱۶) که بر روی ۱۲۴۳ مادر-کودک در طی ۳۰ روز اول پس از زایمان به‌منظور بررسی میزان بروز شقاق پستان و عوامل مؤثر در ایجاد آن انجام شد، میزان بروز شقاق پستان ۳۲٪ گزارش شد که عوامل مؤثر در ایجاد آن، استفاده از بطری، احتقان پستان، تکنیک نادرست شیردهی، پوزیشن نادرست شیردهی، نخست زای بودن و استفاده از شیردوش گزارش شد (۷۵). مطالعه سورش و همکاران (۲۰۱۴) در هند که به‌منظور بررسی مشکلات تغذیه با شیر مادر در هفته اول پس از زایمان انجام شد، میزان بروز شقاق پستان ۳۰٪ گزارش شد (۷۶). در مطالعه باک و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف بررسی میزان بروز شقاق پستان در ۸ هفته اول پس از زایمان انجام شد، میزان بروز شقاق پستان ۵۸٪ گزارش شد (۳۳). شایان ذکر است که مطالعه‌ای که به بررسی تأثیر ویزیت خانگی بر روی میزان بروز شقاق پستان انجام شده باشد، یافت نشد. با توجه به نتیجه مطالعه‌ی حاضر، با آموزش شیردهی در طی ویزیت خانگی و حذف عوامل مؤثر در ایجاد شقاق پستان می‌توان میزان بروز شقاق پستان را کاهش داد که در نتیجه آن، مدت زمان تغذیه با شیر مادر و تغذیه انحصاری با شیر مادر افزایش می‌یابد.

بر اساس مطالعه مختاری و همکاران (۲۰۱۸) به‌نظر می‌رسد که ارائه مراقبت‌های خانگی پس از زایمان، دسترسی به خدمات را بهبود می‌بخشد، صف انتظار و هزینه‌های خانواده‌ها را کاهش می‌دهد و فرصت بهتری را برای آموزش اعضای خانواده و همراهی مادر تازه زایمان کرده فراهم می‌کند. در صورتی که انجام این نوع مراقبت‌ها به یک امر روتین تبدیل شود، باید پرسنل مراکز بهداشتی درمانی به این کار اهتمام داشته باشند تا این روش هزینه اضافی بر افراد و جامعه تحمیل نکند (۴۹).

علاوه بر این، در صورت آشنایی مراقبین با محیط زندگی و شرایط و نیازهای خاص خود، ارائه مراقبت در منزل این امکان را برای مراقبین فراهم می‌کند که آموزش‌های کافی و جامع را نه فقط برای مادر، بلکه برای همه

اعضای خانواده ارائه دهند. از طریق مراقبت در منزل می‌توان مشکلات را در مراحل اولیه تشخیص داد و اقدامات مناسبی برای رفع آنها انجام داد تا از خسارات آتی و در نتیجه هزینه‌های اضافی برای خانواده جلوگیری شود و در نهایت رضایت مادر و خانواده‌اش فراهم شود (۷۷). علاوه بر این، روابط مؤثر بین مراقبین سلامت و والدین مستلزم آن است که مراقبین سلامت از مادران حمایت کنند تا مشارکت‌کنندگانی توانمند و فعال شوند که انتخاب‌های سالمی برای خود و خانواده‌هایشان داشته باشند (۷۸).

در مطالعه فنویک و همکاران (۲۰۱۰) زنانی که به‌طور منظم خدمات مامایی را در منزل دریافت می‌کردند، کیفیت و روش مراقبت بهتری را در مقایسه با زنانی که برای دریافت مراقبت‌های مامایی به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کردند، ذکر کردند. به‌طور متوسط، زنان کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی را از کافی به خوب و کیفیت مراقبت‌های خانگی را از خوب به عالی (در مقیاس لیکرت) بیان کردند و زنانی که مراقبت‌های خانگی دریافت کردند، رضایت بیشتری از مراقبت‌های دریافتی داشتند (۷۹). مداخلات به‌موقع در دوره پس از زایمان برای کاهش مرگ‌ومیر نوزادان مهم است و مراجعه زودهنگام به خانه برای ارائه مراقبت‌های پس از زایمان توصیه می‌شود (۲۱). عواملی مانند دسترسی آسان، تداوم خدمات، حضور و کارایی می‌تواند بر جنبه‌های مختلف کیفیت و رضایت مشتریان مؤثر باشد (۸۰)، لذا پژوهشگران بیان می‌کنند ویزیت منزل منجر به بهبود کیفیت در مراقبت‌های زایمان و نوزادی و کاهش مرگ‌ومیر نوزادی شده که این امر از ایجاد و گسترش طرح‌های خلاقانه جهت شروع مراقبت در منزل از روز اول تولد حمایت می‌کند (۲۳، ۸۱).

با توجه به نتایج به‌دست آمده از مطالعه حاضر، انجام ویزیت خانگی در دوره پس از زایمان می‌تواند باعث کاهش عوارض شایع شیردهی همچون شقاق پستان و احتقان در دوره زودرس پس از زایمان شود و بالطبع میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر که نقش مهمی در سلامت کودکان و جامعه دارد، افزایش می‌یابد. با توجه به تعداد زیاد فارغ‌التحصیلان مامایی، ماماها به کمک

کوتاه بودن زمان مطالعه و زمان پیگیری مادران در منزل بود. همچنین در صورت سنجش ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و متغیرهای مطالعه، امکان بررسی نتایج بیشتر و تحلیل وسیع‌تری فراهم می‌گردد.

نتیجه‌گیری

برنامه ویزیت خانگی در دوره پس از زایمان، یک برنامه حمایتی عالی برای کاهش مشکلات شیردهی است که نتایج آن در این مطالعه به اثبات رسید. با توجه به نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود که در طی برنامه آموزش شیردهی، علائم ماستیت، احتقان، شقاق پستان به مادران و خانواده‌ها آموزش داده شود و تا زمان خودکفایی مادران در مراقبت از خود و نوزادشان، پیگیری‌ها ادامه داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد خانم راضیه فلاح‌نژاد می‌باشد، بدین‌وسیله از مسئولان محترم دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) شیراز، مسئولان و کارکنان بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان فلاورجان و از تمام همکاران و مادران عزیزی که در این پژوهش شرکت نموده و ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

ویزیت خانگی می‌تواند در پیشگیری و تشخیص و درمان عوارض شایع شیردهی مؤثر باشند و آگاهی و نگرش مادران نسبت به تغذیه انحصاری با شیر مادر را بهبود بخشند. ویزیت خانگی، راهکاری بسیار مؤثر برای بهبود تغذیه با شیر مادر است؛ چراکه تعداد اندکی از مادران از کلاس‌های آموزشی در دوره بارداری استفاده می‌کنند و در زمان بستری در بیمارستان به‌علت ترخیص زودهنگام در دوره پس از زایمان، میزان بازدهی آموزش‌ها کاهش می‌یابد. در کشور ما مراقبت‌های بهداشتی اولیه در پایگاه‌های بهداشتی ارائه می‌گردد، اما تمام مادران از این خدمات استفاده نمی‌کنند و عوارض شیردهی باعث از شیر گرفتن زودرس شیرخوار و قطع شیردهی و شروع تغذیه مصنوعی می‌گردد. نقطه قوت این مطالعه، وجود گروه کنترل، استفاده از پرسشنامه‌های دقیق و همچنین برنامه‌ریزی دقیق آموزشی برای هر جلسه از ویزیت در منزل با توجه به نیازهای مادران و نوزادان بود.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به اجرای طرح در شهر فلاورجان و بر روی زنان نخست‌زا اشاره کرد که نتایج آن قابل تعمیم به سایر شهرها و سایر افراد جامعه نبود. در نتیجه پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده، در سطح وسیع‌تر در سایر نقاط شهری و روستایی و در سایر گروه‌های جامعه انجام شود. از محدودیت‌های مطالعه،

منابع

1. Jafary gol M, Navipour H, sadooghi asl A. Nurses' Experiences of Assessment Competency in Home Health Care: A Qualitative content analysis Study. IJNR 2022; 16 (6) :23-32
2. Amini R, Najafi H, Samari B, Khodaveisi M, Tapak L. Effect of home care program on therapeutic adherence of patients with type 2 diabetes. Journal of Education and Community Health 2020; 7(3):187-93.
3. Dehestani H, Tayebi N, Moshfeghy Z, Akbarzadeh M. The Role of Spiritual Health Experience with Intensity and Duration of Labor Pain While Childbearing and Postpartum. Current Women's Health Reviews 2022; 18(2):77-84.
4. Gebuza G, Kaźmierczak M, Mieczkowska E, Gierszewska M, Banaszekiewicz M. Adequacy of social support and satisfaction with life during childbirth. Polish Annals of Medicine 2016; 23(2):135-40.
5. Naghizadeh S, Sehati F, Atri Barzanjeh S, Ebrahimi H, Eghdampour FA. Comparative study of mothers' satisfaction with physical care provided by laborers, maternal and postpartum carers in Tabriz educational and Non-educational hospitals. Woman Fam Stud 2012; 3(11):129-41.
6. Sigurdardottir VL, Gamble J, Gudmundsdottir B, Kristjansdottir H, Sveinsdottir H, Gottfredsdottir H. The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. Women and Birth 2017; 30(6):450-9.
7. Howarth A, Swain N, Treharne GJ. First-time New Zealand mothers' experience of birth: Importance of relationship and support. New Zealand College of Midwives Journal 2011; (45).
8. Bick D, Taylor C. Quantitative assessment of birth experience remains elusive. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2015; 123(3):475-.
9. Badakhsh M, Hastings-Tolsma M, Firouzkohi M, Amirshahi M, Hashemi ZS. The lived experience of women with a high-risk pregnancy: A phenomenology investigation. Midwifery 2020; 82:102625.

10. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krusevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* 2016; 387(10017):475-90.
11. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, Baker P, Barros AJ, Bégin F, et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet* 2023; 401(10375):472-85.
12. Ziaie T, Ghanbari A, Hassanzadeh Rad A, Yazdani MA. Investigating risk factors of failure in exclusive breastfeeding in less than one-year-old children referred to health centers in Rasht city. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(18):32-9.
13. Hagos D, Tadesse AW. Prevalence and factors associated with exclusive breastfeeding among rural mothers of infants less than six months of age in Southern Nations, Nationalities, Peoples (SNNP) and Tigray regions, Ethiopia: a cross-sectional study. *International breastfeeding journal* 2020; 15(1):1-8.
14. Muluneh MW. Determinants of exclusive breastfeeding practices among mothers in Ethiopia. *Plos one* 2023; 18(2):e0281576.
15. Scime NV, Patten SB, Tough SC, Chaput KH. Maternal chronic disease and breastfeeding outcomes: a Canadian population-based study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2022; 35(6):1148-55.
16. McDonald SD, Pullenayegum E, Chapman B, Vera C, Giglia L, Fusch C, et al. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding at hospital discharge. *Obstetrics & Gynecology* 2012; 119(6):1171-9.
17. Henninger ML, Irving SA, Kauffman TL, Kurosky SK, Rompala K, Thompson MG, et al. Predictors of breastfeeding initiation and maintenance in an integrated healthcare setting. *Journal of Human Lactation* 2017; 33(2):256-66.
18. Waiswa P, Pariyo G, Kallander K, Akuze J, Namazzi G, Ekirapa-Kiracho E, et al. Effect of the Uganda Newborn Study on care-seeking and care practices: a cluster-randomised controlled trial. *Global health action* 2015; 8(1):24584.
19. Adam MB, Dillmann M, Chen MK, Mbugua S, Ndung'u J, Mumbi P, et al. Improving maternal and newborn health: effectiveness of a community health worker program in rural Kenya. *PloS one* 2014; 9(8):e104027.
20. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. World Health Organization; 2014.
21. Amare Y, Scheelbeek P, Schellenberg J, Berhanu D, Hill Z. Early postnatal home visits: a qualitative study of barriers and facilitators to achieving high coverage. *BMC public health* 2018; 18(1):1-8.
22. Gogia S, Sachdev HS. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88:658-66.
23. Kirkwood BR, Manu A, ten Asbroek AH, Soremekun S, Weobong B, Gyan T, et al. Effect of the Newhints home-visits intervention on neonatal mortality rate and care practices in Ghana: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet* 2013; 381(9884):2184-92.
24. McPherson R, Hodgins S. Postnatal home visitation: lessons from country programs operating at scale. *Journal of global health* 2018; 8(1).
25. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane database of systematic reviews* 2012(8).
26. Anatolitou F. Human milk benefits and breastfeeding. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)* 2012; 1(1):11-8.
27. Scime NV, Metcalfe A, Nettel-Aguirre A, Nerenberg K, Seow CH, Tough SC, et al. Breastfeeding difficulties in the first 6 weeks postpartum among mothers with chronic conditions: a latent class analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2023; 23(1):90.
28. Brown CR, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Canadian Journal of Public Health* 2014; 105:e179-85.
29. Laageide L, Radke S, Santillan D, Ten Eyck P, Powers J. Postpartum nipple symptoms: risk factors and dermatologic characterization. *Breastfeeding Medicine* 2021; 16(3):215-21.
30. Vieira F, Bachion MM, Mota DD, Munari DB. A systematic review of the interventions for nipple trauma in breastfeeding mothers. *Journal of Nursing Scholarship* 2013; 45(2):116-25.
31. Morland-Schultz K, Hill PD. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2005; 34(4):428-37.
32. McCann MF, Baydar N, Williams RL. Breastfeeding attitudes and reported problems in a national sample of WIC participants. *Journal of Human Lactation* 2007; 23(4):314-24.
33. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, Donath SM, CASTLE Study Team. Nipple pain, damage, and vasospasm in the first 8 weeks postpartum. *Breastfeeding Medicine* 2014; 9(2):56-62.
34. Akbari SA, Alamolhoda SH, Baghban AA, Mirabi P. Effects of menthol essence and breast milk on the improvement of nipple fissures in breastfeeding women. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences* 2014; 19(7):629-33.
35. Firouzabadi M, Pourramezani N, Balvardi M. Comparing the effects of yarrow, honey, and breast milk for healing nipple fissure. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 2020; 25(4):282-5.
36. Sheiniazadeh-Emadi S, Ehsani P, Dahanzadeh S, Haghhighizadeh M. Comparison evaluation of Curcumin (*Curcuma longa* extract) with the application of expressed breast milk in the treatment of nipple cracks in lactating primiparous women: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2015; 4(2):11-9.

37. Morrison AH, Gentry R, Anderson J. Mothers' reasons for early breastfeeding cessation. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2019; 44(6):325-30.
38. Wilson E, Woodd SL, Benova L. Incidence of and risk factors for lactational mastitis: a systematic review. *Journal of Human Lactation* 2020; 36(4):673-86.
39. Tesfau YB, Gebrehiwot TG, Godefay H, Kahsay AB. Effect of health facility linkage with community using postnatal card on postnatal home visit coverage and newborn care practices in rural Ethiopia: A controlled quasi-experimental study design. *Plos one* 2022; 17(5):e0267686.
40. Tesfau YB, Kahsay AB, Gebrehiwot TG, Medhanyie AA, Godefay H. Postnatal home visits by health extension workers in rural areas of Ethiopia: a cross-sectional study design. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2020; 20(1):1-9.
41. Sinha LN, Kaur P, Gupta R, Dalpath S, Goyal V, Murhekar M. Newborn care practices and home-based postnatal newborn care programme—Mewat, Haryana, India, 2013. *Western Pacific surveillance and response journal: WPSAR* 2014; 5(3):22-9.
42. Rydström LL, Tavallali A, Sundborg E, Berlin A, Ranheim A. Caught on the Fringes of Life: Mothers' Lived Experiences of Initial Breastfeeding Complications. *Qualitative health research* 2021; 31(9):1622-31.
43. Brown A, Rance J, Bennett P. Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical difficulties. *Journal of advanced nursing* 2016; 72(2):273-82.
44. Williamson I, Leeming D, Lyttle S, Johnson S. 'It should be the most natural thing in the world': Exploring first-time mothers' breastfeeding difficulties in the UK using audio-diaries and interviews. *Maternal & child nutrition* 2012; 8(4):434-47.
45. Palmér L, Carlsson G, Mollberg M, Nyström M. Severe breastfeeding difficulties: Existential lostness as a mother—Women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *International journal of qualitative studies on health and well-being* 2012; 7(1):10846.
46. Chaput KH, Nettel-Aguirre A, Musto R, Adair CE, Tough SC. Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: a prospective cohort study. *Canadian Medical Association Open Access Journal* 2016; 4(1):E103-9.
47. Asaadi N, Kariman N, Shahrahmani H, Ghalandari S, Khodakarami N. A systematic review of clinical trials in the treatment of sore nipple and nipple pain in breastfeeding women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(6):22-33.
48. Zakarija-Grkovic I, Stewart F. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 9(9):CD006946.
49. Mokhtari F, Bahadoran P, Baghersad Z. Effectiveness of postpartum homecare program as a new method on mothers' knowledge about the health of the mother and the infant. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2018; 23(4):316-21.
50. Zarshenas M, Zhao Y, Poorarian S, Binns CW, Scott JA. Incidence and risk factors of mastitis in Shiraz, Iran: Results of a cohort study. *Breastfeeding Medicine* 2017; 12(5):290-6.
51. Scott JA, Binns CW, Aroni RA. The influence of reported paternal attitudes on the decision to breast-feed. *Journal of paediatrics and child health* 1997; 33(4):305-7.
52. Scott JA, Binns CW, Graham KI, Oddy WH. Temporal changes in the determinants of breastfeeding initiation. *Birth* 2006; 33(1):37-45.
53. Dashti M, Scott JA, Edwards CA, Al-Sughayer M. Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Kuwait. *International breastfeeding journal* 2010; 5:1-9.
54. Raheem RA, Binns CW, Chih HJ, Sauer K. Determinants of the introduction of prelacteal feeds in the Maldives. *Breastfeeding Medicine* 2014; 9(9):473-8.
55. Scott JA, Robertson M, Fitzpatrick J, Knight C, Mulholland S. Occurrence of lactational mastitis and medical management: a prospective cohort study in Glasgow. *International breastfeeding journal* 2008; 3(1):1-6.
56. Haute Autorité de Santé (HAS). Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. *Argumentaire*. Mars 2014. Available at: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/argumentaire_scientifique_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf. Accessed July 28, 2021.
57. Sellwood M, Huertas-Ceballos A. Review of NICE guidelines on routine postnatal infant care. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition* 2008; 93(1):F10-3.
58. Lemyre B, Jefferies AL, O'Flaherty P. Facilitating discharge from hospital of the healthy term infant. *Paediatrics & child health* 2018; 23(8):515-22.
59. Jones E, Stewart F, Taylor B, Davis PG, Brown SJ. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021(6).
60. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001; 28(3):202-7.
61. Dutta R, Gowder RO. The prevalence and predisposing factors of mastitis in lactating mothers in puerperium. *Indian Journal of OBGYN* 2018; 5(1):28-32.
62. Cullinane M, Amir LH, Donath SM, Garland SM, Tabrizi SN, Payne MS, Bennett CM. Determinants of mastitis in women in the CASTLE study: a cohort study. *BMC Family Practice* 2015; 16(1):1-8.
63. Khanal V. Breastfeeding practices and lactation mastitis in Western Nepal: A prospective cohort study (Doctoral dissertation, Curtin University); 2016.

64. Tang L, Lee AH, Qiu L, Binns CW. Mastitis in Chinese breastfeeding mothers: a prospective cohort study. *Breastfeeding Medicine* 2014; 9(1):35-8.
65. Gao H, Wang J, An J, Liu S, Li Y, Ding S, et al. Effects of prenatal professional breastfeeding education for the family. *Scientific Reports* 2022; 12(1):5577.
66. Mangesi L, Zakarija-Grkovic I. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016(6).
67. Varghese B, Patwa A. Effectiveness of hospital based teaching programme on knowledge regarding home management for breast engorgement among postnatal mothers. *Int J Res Rev* 2020; 7:486-93.
68. Yadav N, Vyas H, Goyal M. Effectiveness of prenatal lactation counseling on breastfeeding practices, breast engorgement, and newborn feeding behavior among postnatal mothers at a teaching institution. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2022; 11(3):1146-51.
69. Padmasree SR, Varghese L, Krishnan AS. Effectiveness of prenatal teaching on prevention of breast engorgement. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2017; 6(9):3927-31.
70. Chiu JY, Gau ML, Kuo SY, Chang YH, Kuo SC, Tu HC. Effects of Gua-Sha therapy on breast engorgement: a randomized controlled trial. *Journal of Nursing Research* 2010; 18(1):1-0.
71. Wong BB, Chan YH, Leow MQ, Lu Y, Chong YS, Koh SS, et al. Application of cabbage leaves compared to gel packs for mothers with breast engorgement: Randomised controlled trial. *International journal of nursing studies* 2017; 76:92-9.
72. Alekseev NP. Progesterone-Containing Gel Does Not Eliminate Postpartum Breast Engorgement?. *Breastfeeding Medicine* 2017; 12(2):122-3.
73. Douglas P. Re-thinking lactation-related nipple pain and damage. *Women's Health* 2022; 18:17455057221087865.
74. Vieira GO, Martins CD, Vieira TD, Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *Jornal de pediatria* 2010; 86:441-4.
75. Santos KJ, Santana GS, Vieira TD, Santos CA, Giugliani ER, Vieira GO. Prevalence and factors associated with cracked nipples in the first month postpartum. *BMC pregnancy and childbirth* 2016; 16:1-8.
76. Suresh S, Sharma KK, Saksena M, Thukral A, Agarwal R, Vatsa M. Predictors of breastfeeding problems in the first postnatal week and its effect on exclusive breastfeeding rate at six months: experience in a tertiary care centre in Northern India. *Indian journal of public health* 2014; 58(4):270-3.
77. Goldfeld S, Price A, Kemp L. Designing, testing, and implementing a sustainable nurse home visiting program: right@ home. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2018; 1419(1):141-59.
78. Kanda K, Blythe S, Grace R, Kemp L. Parent satisfaction with sustained home visiting care for mothers and children: an integrative review. *BMC health services research* 2022; 22(1):295.
79. Fenwick J, Butt J, Dhaliwal S, Hauck Y, Schmied V. Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women and birth* 2010; 23(1):10-21.
80. Christie J, Bunting B. The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies* 2011; 48(6):689-702.
81. Baghersad Z, Mokhtari F, Bahadoran P. Effect of postpartum home care on mothers' health. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2020; 23(4):45-53.